Przewodnik Pielęgniarski

Dodatek do Nowin Psychjatrycznych

Poświęcony pielęgniarstwu psychjatrycznemu dla użytku personelu szpitali psychjatrycznych.

Rok V. Dziekanka 1933. Kwartał I-II.

Założyciel i redaktor Al. PIOTROWSKI.

Administracja: Zakład Psychjatryczny Gniezno — Dziekanka.

Cena abonamentu: 2,— zł. rocznie, 1,— zł. półrocznie.

Poza abonamentem 1,— zł. za egzemplarz.

Treść zeszytu 1933, I-II.

Co należy wiedzieć o cholerze.

Podał Dr. M. BAUER - Dziekanka.

Warunkiem powstania choroby zakaźnej jest zetknięcie się organizmu ludzkiego z chorobotwórczemi drobnoustrojami. Każdą chorobę zakaźną powoduje specjalny zarazek. Jeżeli więc mamy przed sobą człowieka, który zachorował na chorobę zakaźną, należy wyjaśnić, jaki zarazek wywołał to cierpienie, jaką drogą powstało zakażenie, oraz jakie widoczne objawy wskazują na rodzaj choroby.

Drobnoustrój, wywołujący cholerę, ma postać przecinka. W jelitach znajdujemy go nieraz w ogromnych ilościach. Przecinek cholery bardzo prędko ginie na powietrzu, przeciwnie w wilgotnym środowisku, n. p. w wodzie, jak również i w środkach pokarmowych, pozostaje czynny przez dłuższy czas.

Ponieważ cholera objawia się przeważnie zaburzeniami jelit, zupełnie zrozumiały jest wniosek, że zarazki zatrzymują i rozwijają się w przewodzie pokarmowym. Stąd z wypróżnieniami odchodzi ogromna ich ilość. Przy zetknięciu tych zarazków z otoczeniem, może dojść do zbiorowego zakażenia i powstania choroby nagminnej. Przed stu laty, kiedy ludzkość nie znała zasad nowoczesnej higjeny, zdarzały się wypadki, że do stawów, lub innych zbiorników wody dostawały się z kałem ludzkim zarazki cholery. Przy użyciu tej wody, n. p. do płukania owoców, powstawało zakażenie otoczenia. Jeżeli weźmiemy pod uwagę zjawisko, że cholera pojawia się latem, kiedy mamy największą ilość much, które, jak wszystkim wiadomo, są roznosicielkami zarazków, to zrozumiemy, dlaczego właśnie latem tak bardzo cholera rozszerza się.

Niektóre osoby mają wrodzoną odporność przeciw cholerze. Wydzielają one zarazki cholery, nie odnosząc żadnej szkody. Najczęściej epidemja cholery powstaje latem, kiedy panują największe upały. Pewną rolę odgrywa niedyspozycja żołądkowa, osłabiająca organizm i czyniąca go wrażliwym na zakażenie

Okres czasu zetknięcia się zarazków z organizmem człowieka aż do wybuchu samej choroby, trwa zazwyczaj 1-3 dni. (Okres wylęgania). Choroba przebiega pod różnemi postaciami, od najlżejszej do najcięższej. Lżejsza forma jej przejawia się w postaci zwyczajnego rozwolnienia, zupełnie bezbolesnego. Ilość wodnistych stolców waha się od 3 do 8 w przeciągu doby. Z tem

łączą się ogólne objawy, zupełny zanik łaknienia, wybitne pragnienie, nieraz wymioty, lekkie bóle w łydkach i zmniejszenie ilości moczu. Ten stan choroby w kilka do kilkadziesiąt dni może zupełnie zniknąć (wyleczenie), lub przejść w ciężką cholerę. Ilość wypróżnień coraz się zwiększa, stolce początkowo mają wygląd kałowy, wkrótce stają się bezbarwne, wodniste, prawie bez zapachu, podobne są do zupy ryżowej i zawierają sporą ilość drobnoustrojów. Bardzo często dołączają się uporczywe wymioty, odbijanie, brak łaknienia i stałe pragnienie. Język jest silnie obłożony i zupełnie suchy. Prawie jednocześnie występują objawy niedomogi sercowej. Pacjenci skarżą się na bóle i bicie serca, tętno stopniowo znika, wskutek tej niedomogi zjawia się sinica twarzy i kończyn. Do tego dołącza się wybitne oziębienie skóry. Czasami chory przy dotyku sprawia wrażenie bryły lodu. Ciepłota raptownie spada do 35^{0}C i niżej. Przy mierzeniu temperatury przez odbytnicę ciepłomierz wskazuje 39^0 i wyżej. Wskutek bardzo znacznej utraty wody, oczy i twarz zapadają się, skóra traci swoją elastyczność (skóra podniesiona w fałd nie wygładza się). Często spostrzegamy bardzo bolesne, długotrwałe skurcze mięśni nóg, rzadziej kończyn górnych. Mocz zupełnie znika i chorzy nie oddają go aż do śmierci, ewentl., do polepszenia stanu zdrowia. Choroba trwa przeważnie krótko (kilka godzin do **2** dni.)

Streszczając powyższe wywody, należy utrwalić w pamięci najgłówniejsze cechy cholery, a mianowicie: częste bezbarwne i wodniste wypróżnienia (zupa ryżowa), uporczywe wymioty, oraz bolesne skurcze łydek.

Ojczyzną cholery są Indje, skąd choroba została przeniesiona do Europy. W zeszłem stuleciu było opisanych kilka wielkich epidemij. Śmiertelność była tak wielka, że wymierały całe rodziny, mieszkańcy domów, ulic, a nawet i wsi. Dzięki temu, że w obecnych czasach stosujemy masowe szczepienie ochronne, o cholerze prawie nic nie słyszymy. Jednak na wszelki wypadek, każdy normalny człowiek powinien dokładnie wiedzieć, jak postępować podczas epidemji i jak pielęgnować chorego.

Jak już wyżej zaznaczyłem, choroba udziela się przez wodę, mleko, owoce, oraz przez styczność z chorymi. Należy więc zwracać pilną uwagę na czystość rąk (obowiązkowe mycie przed każdym posiłkiem). Zabrania się używania do picia surowej wody; owoce i jarzyny należy spożywać tylko dobrze ugotowane. Muchy roznoszą zarazki, więc trzeba je tępić; pokarmy trzeba przykrywać.

Każdy przypadek niedyspozycji żołądkowej trzeba skierować odrazu do lekarza. W przypadku zachorowania członka rodziny, należy chorego niezwłocznie zawieść do szpitala. Jeżeli tego nie można przeprowadzić, umieszcza się pacjenta w osobnym pokoju, do którego ma dostęp tylko osoba pielęgnująca. Ponieważ zakażenie odbywa się także wskutek zetknięcia się z chorym, przeto należy za każdym dotykiem umyć ręce w wodzie z płynem odkażającym. Podłoga codziennie powinna być myta i dezynfekowana. Przy pielęgnowaniu trzeba zawsze dbać o największą czystość. Nigdy nie dotykać ust zabrudzonemi i nieodkażonemi rękami.

Należy zapamiętać, że:

1) chorym do wypróżnień daje się naczynie, które łatwo może być oczyszczone i odkażone wodą wapienną, chlorkiem wapna, oraz wodnym rozczynem krezolu;
2) nie wolno wylewać wypróżnień w pobliżu studzień lub domów, bo zanieczyszczenie takie może doprowadzić do powstania nowego ogniska zakażenia;
3) wodę używaną do mycia chorego przed wylaniem należy odkazić chlorkiem;
4) używaną bieliznę i powłoki trzeba przed oddaniem do prania dobrze wygotować w wodzie, lub moczyć godzinę w rozczynie krezolu;
5) ubranie należy oddać do zakładu dezynfekcyjnego, celem odkażenia parą;
6) talerze i inne naczynia trzeba oczyszczać w gorącym rozczynie sodu;
7) zabrudzone miejsca na podłodze należy zlewać krezolem, po godzinie wytrzeć specjalnemi szmatami.

Podczas służby na pawilonie dla chorób zakaźnych, personel pielęgnujący powinien zdawać sobię sprawę z obowiązku, jak należy postępować z pacjentami. Trzeba ściśle stosować wyznaczoną djetę, gdyż najmniejsze uchybienie może pogorszyć, ewtl. nawrócić chorobę. Dla wyrównania ubytku wskutek nadmiernej i szybkiej utraty wody, trzeba jaknajwięcej podawać gorących napojów. Kiedy chory traci swoją ciepłotę, wszelkiemi siłami starać się trzeba go rozgrzać, bądź przy pomocy przykrycia bądź rozcieraniem. Ze względu na bardzo prędko powstającą niedomogę sercową, należy pilnie badać tętno chorego. Dla uregulowania akcji serca podaje się wino, mocną kawę i inne środki pobudzające.

Kończąc niniejszy artykuł, muszę jeszcze raz podkreślić, że

od umiejętności i dobrej chęci personelu zależy życie albo śmierć chorego, gdyż wyżej wspomniane cierpienie przebiega tak raptownie i o takiem nasileniu, że przy pielęgnacji niema czasu zastanawiać się nad tem, jak i co robić. Trzeba wszystkiego próbować, aby uratować życie pacjenta.

Istota epidemji.

Podał JAN WIECZÓR - Dziekanka.

Ponieważ epidemją nazywamy każdą chorobę zakaźną w większych rozmiarach, dlatego nie upatrujemy też żadnej różnicy pomiędzy powstaniem epidemji, a poszczególną chorobą zakaźną. Stąd wynika, że z każdej choroby zakaźnej może się rozwinąć epidemja; o ile zaistniała jakaś choroba zakaźna, nie możemy z góry powiedzieć, czy ograniczy się ona do jednego tylko przypadku, czy też powstanie epidemja, dlatego musimy dołożyć wszelkich starań i nie pozwalać rozszerzyć się chorobie zakaźnej w epidemję. Dziś jeszcze dokładnie nie wiemy, co się składa na powstanie epidemji; bez wątpienia i tu mamy pewne reguły, które jednak nie potrzebują wyjaśnień i naukowych badań. Interesuje nas nietylko miejsce powstania, ale też początek choroby. Na to pytanie nie możemy odpowiedzieć dlatego, że nie znamy pierwotnego źródła zarazka i kiedy pierwszy raz zakaził się człowiek. Coprawda nie znamy miejsca „urodzenia" się zarazka, ale znamy ze studjum historji epidemji i nowoczesnych wyników badań zarazy, że poszczególne choroby zakaźne i ich zarazki występują; w pewnych miejscach, t. zn. w pewnych krajach. Tak np. cholera i dżuma panują stale w Indjach; malarja w krajach tropikalnych, śpiączka w pewnych okolicach Afryki; dur plamisty w zachodnich częściach Rosji występuje tu pod postacią pojedyńczych przypadków, lub rozprzestrzeniającej się epidemji. Takie choroby, które pojawiają się tylko w pewnych określonych krajach, przestrzeniach, lub miejscowościach a nawet domach, nazywamy endemicznemi. Choroby endemiczne nie potrzebują li tylko występować w ogniskach endemicznych, ale mogą być przeniesione daleko do innego kraju. Zaraza endemiczna od przeniesionej różni się tem, że w endemicznej zarazek stale istnieje, a w przeniesionej zostaje z tego właśnie endemicznego ogniska przypadkowo przeniesiona. Wiemy, że człowiek, zwierzęta i wszystko to, co się z niemi styka, może służyć za źródło infekcji. Gruźlicę i kiłę przenoszą chorzy; dur brzuszny, nibydur i biegunka rozprzestrzeniają się przez t. zw. wy-

dzielaczy, t. zn. ludzi zdrowych, którzy nie chorowali, lub dawniej przebyli chorobę zakaźną. Przeto o środowisku tych chorób nie możemy mówić; mogą one być przeniesione tak drogą wodną, jak i lądową. Cholera zazwyczaj zostaje przewleczona drogą lądową, a także też drogą wodną wtedy, gdy woda do picia na okrętach jest zakażona. Przeniesienie dżumy najczęściej odbywa się drogą wodną, za pośrednictwem zakażonych szczurów. Wąglik, którego zarazek żyje na sierści i odpadkach tkankowych, przywiezionych z Chin, wywołuje nierzadko epidemje w ośrodkach przeróbki tych materjałów. Wiemy, że zarazki mogą żyć określony czas, zależnie od materjału, na którym się znajdują, stąd wniosek, że im krótszą jest droga, tem dogodniejsze warunki rozwoju dla zarazka, dlatego obecnie musimy zwrócić baczną uwagę na komunikację samolotową. Niektóre choroby, pomimo, że zostają przeniesione nie mogą się rozwinąć w epidemję dlatego, że warunki dla rozwoju zarazków są nieodpowiednie. Śpiączka, żółta febra i malarja, przeniesione do innych krajów, nie mogą się rozwijać dlatego, że tu niema odpowiednich gatunków komarów, które przenoszą zarazki z jednego człowieka na drugiego. Innemi słowy: źródło zakażenia samo przez się wygasa, o ile zarazek nie może się z niego wydostać. Często zakażenie zarazkiem chorobotwórczym nie może wywołać epidemji, a niekiedy ogranicza się do poszczególnego przypadku, lub wcale nie wywołuje choroby. Aby zakażenie spowodowało chorobę, potrzeba pewnych warunków, po 1/ ze strony zarazka, po 2/ ze strony ustroju zakażonego. Sposób i stopień działania zarazka i organizmu daje różne wyniki. W głównej mierze żywotność zarazka i wrażliwość osobnika odgrywają ważną rolę w powstawaniu epidemji. Żywotnością zarazka nazywamy zdolność rozmnażania się w organiźmie i wytworzenia szkodliwych trucizn. Ludzie posiadają różną wrażliwość; i tak dziecko jest wrażliwsze od dorosłego, gorzej odżywiany od dobrze odżywianego. Im mniej dana ludność zapada na pewne choroby, tem większa wrażliwość. Z praktyki wiemy, że Europejczycy, dostawszy się do krajów tropikalnych, zapadają bardzo łatwo na panujące tam choroby endemiczne; z drugiej strony tubylcy wykazują nadzwyczajną wrażliwość na gruźlicę przeniesioną przez Europejczyków. Że stopień żywotności zarazka ma znaczenie dla wywołania i przebiegu choroby, wskazują na to dowodnie nietylko badania doświadczalne, ale także przebieg epidemji tej samej choroby w różnych czasach, a więc jej nasilenie co do stopnia chorobliwości i śmiertelności. Większa

wrażliwość jest powodem, że w czasie wojny i kataklizmów występują częściej epidemje wśród ludności ubogiej, i że pewne choroby jak płonica, żarnica i koklusz mogą się rozwinąć w epidemję u dzieci. Na powstanie epidemji prócz żywotności zarazka i wrażliwości osobnika, składa się cały szereg innych przyczyn. Im prostsza i dogodniejsza, im szersza i krótsza będzie droga, którą przebywa zarazek do osobnika, tem łatwiej osiągnie swój cel. Dalszy rozwój epidemji będzie zależał od tego, czy ludzie będą się stykali z źródłem zakażenia stale, czy też przypadkowo, dalej od higjeny, od zaludnienia i od warunków materjalnych danej ludności. Wszystkie większe skupienia ludzi, jak n. p. wielkie pielgrzymki do świętych miejsc, lub wojska w czasie wojny, przyczyniają się do rozwoju epidemji. W wojnie światowej zanotowano epidemję duru brzusznego, biegunki, nibyduru i duru plamistego, w różnych armjach. W obozach po trzęsieniu ziemi i powodziach występuje często dur brzuszny, nibydur i dur plamisty w olbrzymich rozmiarach, dalej na okrętach emigracyjnych, panują często epidemje. Wogóle większe zgromadzenia ludzi, jak jarmarki, uroczystości ludowe, są przyczyną szerzenia się epidemji. Mechanizm powstania epidemji w ściślejszem znaczeniu odbywa się w dwóch kierunkach: infekcja przez kontakt i przez rozsianie; przez kontakt przechodzi choroba z jednej osoby na drugą, natomiast przez rozsianie powstają jednocześnie nagłe masowe schorzenia. Ścisłego odgraniczenia nie można jednak przeprowadzić w rodzajach infekcji, ponieważ infekcja kontaktowa może się przemienić w rozsianą. Czasami obserwujemy, że po pewnym czasie epidemje same wygasają. Dlaczego tak jest, nie wiemy; być może, że zmniejsza się żywotność zarazka, albo też organizm ludzki staje się więcej odpornym.

Znaczenie kursów dokształcających dla pielęgniarzy i pielęgniarek w niemieckich zakładach psychjatrycznych.

Podał pielęgniarz R. BRACHWITZ (Berlin — Neukölln).

Na skutek inicjatywy ze strony personelu pielęgniarskiego, wprowadziło ministerstwo w różnych zakładach psychjatrycznych kursa dokształcające. Uczestnictwo w tych kursach z początku bardzo liczne, zmniejszyło się w ostatnich latach; liczba uczestników wahała się od 40, do 50-ciu w każdym zakładzie. Liczba uczestników utrzymywała się naogół na równi z liczbą uczestniczek, w niektórych jednak zakładach przeważały pielęgniarki.

Wspomniane kursa odbywają się raz w tygodniu i to po skończonej służbie dziennej. Kierownictwo kursów należy do wybranego w tym celu przez dyrekcję pielęgniarza, który wyznacza temat wykładowy. Wykłady odbywają się w auli budynku administracyjnego. Należy dodać, że na podstawie uchwały dyrektorów zakładów wolno personelowi pielęgniarskiemu korzystać z bibljoteki lekarskiej. Uczestnikami kursów są przeważnie starsi pielęgniarze i pielęgniarki, którzy już przez szereg lat w zakładzie są zajęci. Tematy są najczęściej wybierane z zakresów lecznictwa, albo też wyników badań psychjatrycznych i neurologicznych ostatniej doby. Równocześnie jednak odbywa się powtarzanie zadań pielęgniarskich, ażeby zapomniane rzeczy w pamięci odświeżyć.

W ostatnich latach psychjatrja osiągnęła pokaźne wyniki, w szczególności w lecznictwie paraliżu postępującego za pomocą malarji. Już ta metoda lecznicza stwarza konieczność zapoznania personelu pielęgniarskiego z nowemi dla niego zadaniami. Rozumie się samo przez się, że trzeba obznajmić personel pielęgniarski z wszystkiemi nowościami, leżącemi w granicach jego czynności pielęgniarskiej, ażeby w ten sposób był on w stanie podołać nowym wymogom, jakich od niego żąda nowy sposób leczenia paraliżu. Inne sposoby leczenia chorób psychicznych wymagają także odpowiedniego dokształcenia pielęgniarek i pielęgniarzy, a przedewszystkiem t. z. terapja zajęciowa. Kiedy przed laty prof. dr. Simon z Gütersloch wystąpił z projektem leczenia za pomocą pracy, nikt nie przypuszczał zapewne do jakiego stopnia znaczenia dojdzie ten nowy sposób leczenia psychicznie chorych. Przyznać trzeba, że w znacznej ilości zakładów psychjatrycznych bywa ten sposób leczenia tylko częściowo stosowany. Powód tej wstrzemięźliwości leży po części w nieprzychylnem stanowisku niektórych psychjatrów względem tej metody, po części jednak szukać go należy także w niekorzystnem położeniu gospodarczem niektórych zakładów, które nie mają w skutek tego możności stworzenia odpowiednich warunków do zajęcia swych chorych. Personel pielęgniarski przeważnie niechętnie odnosi się do tego rodzaju leczenia, bo zdaje sobie sprawę z tego, że trudno w danych warunkach o pewne gwarancje dla bezpieczeństwa chorych jak i personelu. Na zebraniu państwowej sekcji dla spraw zdrowia w Halle w 1929 r. prelegenci i referenci, jak prof. dr. W. Jacobi i radca medycynalny dr. Lustig, wystąpili przeciw terapji zajęciowej. Wprawdzie została kwestja otwartą, jak to zresztą prof. Dr. G. Illberg stwierdza, że

w danym wypadku zajęcie chorego można zacząć od lekkiej, mniej niebezpiecznej pracy. Pomimo to, sprawa dokształcenia personelu pielęgniarskiego w tym kierunku już dzisiaj okazuje się ważną. W czasie kursów dokształcających, właśnie pielęgniarka lub pielęgniarz mogą najlepiej poznać indywidualne swoje niedomagania w przedmiocie obcowania z chorymi. Tu naprzykład podnieść należy cierpliwość przy powtarzającem się demonstrowaniu chorym rękoczynu, który chory niekiedy tylko z trudnością pojąć może. Pozatem zajęcia od chorego wymagane, powinny być dla niego pożyteczne, oraz sprawiać mu pewne zadowolenie. Pod tym względem musi personel pielęgniarski chorych stale uświadamiać, a zachowanie się chorych często poprawiać. Stąd wynika ważne znaczenie tego tematu dla kursów dokształcających, które pielęgnującego przysposabiają do współpracy w kierunku wyszukania nowych bodźców i zajęć dla chorego, i równocześnie jednają pielęgniarzowi uznanie przełożonych, że jest on wartościową siłą pielęgnującą. Dalszy temat wykładowy dla kursów dokształcających stanowi zagadnienie sterylizacji psychicznie chorych, która to kwestja ma wybitne znaczenie. Ciekawem jest, jakie społeczne znaczenie osięgnęła ta sprawa w czasach obecnych. I dla tej sprawy powinno się pobudzić zainteresowanie wśród personelu pielęgniarskiego. Poniżej podany jest wynik dyskusji w dotyczącej kwestji na zjeździe bawarskich psychjatrów w Monachium (w dniach 18 i 19 lipca 1931 r.)

Przychylnie do sprawy usposobiony dyr. dr. Faltlhauser (Kaufbeuren) twierdzi, że dzisiaj niema wątpliwości, że prawa dziedziczności Mendla są ważne i dla wewnątrz pochodnych chorób psychicznych, że Chorea Huntingtona (psychoza dziedziczna) nieuleczalna występująca w dojrzalszym wieku, którą znamionują niezależne od woli drgania mięśniowe i ruchy bezcelowe, stanowi cechę chorobową dominującą. Conajmniej pewna część grupy schorzeń schizofrenicznych dziedziczy się recesywnie i jest wielokształtną odnośnie do dziedzicznego podłoża. Przy schorzeniach zaś typu manjakalno-depresyjnego odgrywają prawdopodobnie ważną rolę zarówno cechy dominujące jak i recesywne, że tutaj podobnie jak w schizofrenji wchodzą w rachubę charakterystyczne typy psychopatów, jako nosiciele ukrytych skłonności. Badania wykazały że do chorób dziedzicznych należy z największem prawdopodobieństwem samoistna epilepsja, że dziedziczne pierwiastki znajdują się w odrębnym zespole wrodzonych upośledzeń umysłu u alkoholików, psychopatów i niektórych zbrodniarzy. W dyskusji nie

osięgnięto wyniku ostatecznego, chociaż prof. O. Bumke podniósł, że sterylizacja pewnej części chorych, dotkniętych zaburzeniami umysłowemi nieuleczalnemi jest wskazana. Mimo to jednak nie udało się przekonać przeciwników sterylizacji o jej wartości. Jakie jest stanowisko personelu pielęgniarskiego wobec tej kwestji, nawet w przybliżeniu podać nie potrafię.

Dalszym tematem tych kursów dokształcających byłaby psychoterapja. Jest ona obecnie ważnym środkiem leczniczym w psychozach i nerwicach. Przy tych schorzeniach dłużej się zatrzymać, uważam tutaj za niewskazane, gdyż oddaliłoby to nas od właściwego przedmiotu niniejszych rozważań. Natomiast będę się starał zobrazować, w jakich różnych kierunkach uwidacznia się nam wartość psychoterapji. Tu wypada przedewszystkiem wymienić psychoanalizę, kierunek stworzony przez psychjatrę wiedeńskiego prof. Freuda. Dla pielęgnujących psychoanaliza ma małe znaczenie, gdyż rzadko bywa stosowana w zakładach psychjatrycznych, a ponadto leczenie za jej pomocą jest bardzo skomplikowane i wymaga bezwzględnej rezerwy w stosunku do chorego w celu uzyskania zamierzonego skutku leczenia. Natomiast mniej skomplikowaną jest t. zw. psychologja indywidualna, za której twórcę uważać można dr. Adlera z Wiednia. Nadaje się ona przez to samo bardziej do oddania pielęgnującemu dobrych usług w jego zawodzie. Przez to samo już powstaje ważne wskazanie do użycia psychoterapji jako tematu kursów dokształcających.

Obok powyżej wymienionych sposobów leczenia należy wymienić metody dr. Prinzhorna, oraz prof. dr. Kronfelda, a następnie „Yoga“. W Niemczech zapoznano się z tą nową psychoterapją przez wykład docenta dr. Hauera z Tübingen, p. t. „Indyjski Yoga w świetle psychoterapji“ na V. ogólnym lekarskim kongresie dla psychoterapji w r. 1930. Yoga oznacza ujarzmienie, a mianowicie dążenie do wyższych stanów świadomości przez metodę cielesnego i duchownego skupienia się. Bliższe określenie tej metody znajdujemy w klasycznych pismach Yogi. „Yoga jest to zupełne opanowanie funkcji świadomości“. Zwolennik tego kierunku nazywa się yoginem (po arabsku: ubogi). Ta metoda mająca na celu uwolnienie człowieka ze związków jego podświadomości, połączyła się z biegiem stuleci z najróżniejszemi systemami religijnemi i filozoficznemi. W przeciwstawieniu do nauki braminów, wytworzyła się ona w heretycznej okolicy Indji i stała się ruchem kulturalnym o wielkiem znaczeniu dla całego

wschodu. Yoga niema żadnego praktycznego znaczenia dla personelu pielęgniarskiego. Nauka ta ma obecnie tylko znaczenie naukowe. Pielęgniarkom i pielęgniarzom, którzyby okazali zainteresowanie dla indywidualnej psychologji i którzy posiadają język niemiecki w zupełności, można polecić następujące 2 książki: dr. med. F. Künkel, Grundbegriffe der Indiwidualpsychologie, i dr. med. A Rühle — Gerstel: Freud und Adler.

Na koniec należy stwierdzić, że kursa dokształcające znajdują coraz większe zainteresowanie wśród personelu pielęgniarskiego w Niemczech, co jest i powinno być celem tej instytucji. Psychiczne właściwości chorych powinny stać się bardziej zrozumiałemi przez te kursa, a przez to i wzrosnąć gotowość personelu do usług wobec tych chorych.

Na zakończenie powyższych wywodów możnaby przytoczyć słowa prof. dr. Ludolfa v. Krehla z Heidelbergu: Tylko wtedy będziemy mogli rzeczywiście skutecznie łeczyć, gdy będziemy traktować wszystkie objawy choroby danego osobnika, jako jednolitą całość.

Przetłomaczyła: ANNA BARTOSZAKÓWNA, nadpiel. - Dziekanka.

Streszczenia.

DR. ENGE: Körperliche Merkmale bei geistig Unzulänglichen (Cielesne znaki osób psychicznie upośledzonych). Geisteskrankenpflege 1932, № 1).

Konstatowanie niedomagań psychicznych (psychopatja, niedorozwój, zaburzenia psychiczne) opiera się na objawach życia psychicznego jednostki. Stanom tym często towarzyszą objawy i zmiany cielesne tak wybitne, że czasem dokładne zbadanie stanu fizycznego chorego prędzej doprowadzi do stwierdzenia jakości choroby, niż najdokładniejsze psychiczne badanie. I tak: można znaleźć u psychicznie chorych objawy, które przemawiają za schorzeniem mózgu w całości lub w pewnych jego częściach. Tutaj wymienić należy przedewszystkiem porażenia, czy to kończyn dolnych, czy górnych, czy też połowicze porażenia twarzy, lub porażenia mięśni ocznych. Porażenia takie powstają na skutek zwapnienia naczyń mózgowych, kiły mózgu, zapalenia mózgu, nowotworów mózgu.

Ważnym objawem cielesnym jest napięcie mięśniowe, występujące na skutek zapalnych zmian w mózgu, (Parkinsonizm) albo przy rozszczepieniu z osłupieniem, (Katatonja) lub wreszcie przy histerji.

Niezgrabne i niepewne ruchy widzimy w postępującym paraliżu mózgowym, w zwapnieniu naczyń mózgowych i w kile mózgu, jako przejściowe objawy widzimy je w stanie opilstwa i w obłędzie opilczym. Także i nadmierna czynność mięśniowa wskazuje czasem na schorzenia mózgowe: nadmierne ruchy w chorobie św Wita, robaczkowate ruchy w atetozie, ruchy mięśniowe znane pod nazwą „tick", jak poruszanie głową, grymasy, nagłe podskoki, mruganie i. t. p., które znajdujemy u chorych umysłowo, u otępiałych i idjotów. Bardzo rozpowszechnione jest drżenie, które spostrzegamy w obłędzie opilczym, w histerji, w alkoholiźmie i w zniedołężnieniu starczem.

Do cielesnych objawów schorzeń mózgowych należą również i skurcze, jakie widzimy w epilepsji, alkoholiźmie, kile mózgowej, zwapnieniu naczyń mózgowych w uszkodzeniach i nowotworach mózgu. Za schorzeniem mózgu przemawiają także i zniekształcenia czaszki. „Malogłowie" dowodzi niedostatecznego rozwoju mózgu, które może być albo anomalją rozwojową, albo spowodowane nabytem schorzeniem.

Przy wodogłowiu widzimy nadmierny rozrost czaszki mózgowej, przy równoczesnem upośledzeniu części twarzowej. Przy niedorozwoju umysłowym mamy czasem nadmierne, lecz równomierne powiększenie czaszki.

Niektórym zaburzeniom psychicznym towarzyszą zmiany cielesne dotyczące całego organizmu i wpływające na ogólny wygląd jednostki. I tak: u kretynów widzimy wzrost karłowaty, krótkie a grube kończyny, wypukły brzuch, niskie czoło, psychicznie stwierdzamy mniej lub więcej nasilone upośledzenie rozwoju umysłowego.

W kile wrodzonej stan psychiczny objawia się również rozmaitego rodzaju upośledzeniami; ze zmian cielesnych stwierdzamy nos siodełkowaty, czoło wypukłe, zęby karbowane, zapalne zmiany rogówki, głuchotę, zgrubienia kości, blizny na skórze, wysypki i anomalje w uwłosieniu.

Zniekształcenie rąk i nóg, nadmierna ilość palców lub brak niektórych, występują również przy zaburzeniach psychicznych, dalej stwierdzamy czasem zniekształcenia części płciowych, asymetrję

twarzy (nierówność obu połów), nadmierne wystawanie szczęki górnej, lub dolnej, zniekształcenia warg i podniebienia; na oczach niejednakowe zabarwienia tęczówki, źrenicy różnej szerokości; na uchu rozmaitego rodzaju zniekształcenia małżowiny.

Do ostatniej grupy zwyrodnień cielesnych w schorzeniach psychicznych, zaliczamy zaburzenia narządów zmysłowych. Na objawy te jak upośledzenie słuchu, zupełną głuchotę, lub na to, że chory jest głuchoniemym, łatwo personel pielęgniarski zwraca uwagę.

Bardzo ważnem, przy rozpoznaniu chorób psychicznych jest dokładne badanie źrenic, ich ruchliwość; kształt i szerokość; tak n.p. znamiennem dla zmian kiłowych w mózgu jest nieruchomość źrenicy na światło przy równoczesnem zwężaniu się jej na nastawienie.

Przy upośledzeniach psychicznych powstałych przypuszczalnie na tle kiły należy zawsze badać krew i płyn mózgowo-rdzeniowy.

Ponieważ cierpienia serca, nerek i wadliwa przemiana materji często są w ścisłym związku z chorobami psychicznemi, dokładne badanie cielesne każdego psychicznie chorego jest konieczne.

Streściła: nadpiel. A. BARTOSZAKÓWNA — Dziekanka.

DR. HÖHSLIN: Die Bekämpfung der Infektionskrankheiten. (Zwalczanie chorób infekcyjnych) Geisteskrankenpflege r. 1932 Nr. 3.

Prócz wrodzonej i nabytej odporności mamy odporność sztuczną, odróżniamy tu 3 rodzaje tej odporności: czynną, bierną i utajoną. Przez czynną odporność rozumiemy, że dany organizm musi przebyć pewną chorobę, choć w osłabionym stopniu, przez zaszczepienie zarazków żywych, osłabionych, lub zabitych. Przez uodpornianie czynne organizm nabiera trwałych zdolności do obrony organizmu choć nie zawsze, to jednak na dłuższy przeciąg czasu. Czynnie uodporniamy ludzi na choroby, szczególnie ospę, tyfus, cholerę i dżumę. Zamiast zarazków pewnych chorób, możemy zastrzyknąć surowicę osobnika, który przebył chorobę infekcyjną i nabył ciał odpornościowych. Nazywamy to wtedy odpornością bierną, a to dlatego, że przeszczepiamy już gotowe substancje zdolne do obrony organizmu. Ma to po dziś dzień zastosowanie w chorobach, jak dżuma, cholera, tężec i błonica. Odporność bierna trwa tylko przez pewien określony czas. Utajoną odporność otrzymujemy wtedy, kiedy zastrzykujemy osobnikowi równocześnie za-

razki i przeciwciała, t. zn., że uodporniamy danego osobnika czynnie, i biernie jednakowoż to uodpornienie nie ma dziś zastosowania, z powodu wielkiego niebezpieczeństwa łatwego wywołania groźnej dla życia choroby.

Streścił: JAN WIECZÓR — Dziekanka.

DR. WILHELM MEYWERK: Die Ernährung schluckbehinderter Kranker mit Langschnabeltasse. (Odżywianie za pomocą filiżanki z gumowym dzióbkiem chorych połykających z trudnością). Geisteskrankenpflege r. 1932, Nr. 4.

Dużo czasu i cierpliwości wymaga karmienie chorych z trudnością łykania. Należy do tego dużo cierpliwości ze strony pielęgniarza, ze strony pacjenta wymaga się dużo wysiłku cielesnego. Przytem pacjent narażony jest na zachłyśnięcie, dostanie się płynu do tchawicy, czego następstwem bywa infekcja i następująca po niej pneumonja. Omija się niebezpieczeństwa przez podawanie pokarmu za pomocą łyżki, albo filiżanki z dzióbkiem, lecz niezawsze osięga się i na tej drodze to, co do stosownego karmienia i pożywienia należy.

Autor proponuje przytwierdzanie do filiżanki smoczka gumowego. Na końcu smoczka znajduje się dziureczka o średnicy 1,5 do 2 mm.

Chory ma tu w swojej mocy wstrzymanie płynu przez zaciskanie i sączenie go w dowolny sposób. Często w chorym odżywa ponadto dawny instynkt oseska; karmienie staje się dlań rozkoszą, nie jak w wielu wypadkach udręczeniem.

W miejsce filiżanek ze smoczkiem, można zdaniem autora, użyć z podobnym skutkiem i flaszeczki do karmienia niemowląt.

Streścił: Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

DR. G. BLUME: Einst und jetzt. 100 Jahre Psychiatrie. (Kiedyś i teraz. Sto lat psychjatrji). Geisteskrankenpflege. XXXVI Jahrgang. Nr. 5. str. 65. i n.

Zmarły przed kilku laty wielki psychjatra i uczony Emil Kraepelin, któremu świat naukowy zawdzięcza wypracowanie podstaw klinicznej psychjatrji, napisał w roku 1918 małą książkę pod tytu-

łem „Sto lat psychjatrji, przyczynek do dziejów ludzkiej obyczajowości“. Kto książeczkę tę przeglądał, mógł się przekonać, że ma przed sobą rozdział dziejów kultury zawstydzający, który dopiero od niedawna zaczął się zmieniać na lepsze i z pewnem zadowolnieniem zauważy ogromny postęp na tej drodze.

Kraepelin nazywa położenie psychicznie chorych na przełomie 18 wieku straszliwem.

Jeszcze w połowie 19 wieku w wielu miejscach stosunki nie były lepsze. Biedni i najnieszczęśliwsi wśród chorych psychicznie, jakich tylko gdzie widziano, znajdywali się w zamknięciu, jak zwierzęta krwiożercze, karmione na sposób, jaki się zaprowadza w menażerjach. Na twarzach i w całej postawie chorych wypisana była rozpacz, ból i nędza. Działo się tak wszędzie i we wszystkich krajach. Chory (londyńskiego zakładu psychjatrycznego Bedlam), był przytwierdzony przez 12 lat za pomocą pierścieni u karku i stanu do sztaby, umocowanej w ścianie, tak, że tylko wzdłuż niej poruszać się mógł, pozatem ramiona miał mocno przytwierdzone do tułowia. Bicie było na porządku dziennym. W pewnym angielskim zakładzie uważano jeden ręcznik na 176 chorych za dostateczny.

O istocie chorób psychicznych, o przyczynie, widokach uleczenia i sposobach pielęgnowania miano najdziwaczniejsze wyobrażenie.

Fałszywe zapatrywania w stosunku do chorób powodowały sposoby leczenia przymusowe; mówiono o nieposłuszeństwie chorych i o złej woli i polecano bykowiec, jako środek leczniczy. Heinroth broni z wielką uczonością i jeszcze większym patosem twierdzenia, że źródłem choroby psychicznej jest występek moralny, grzech.

Używano wobec chorych psychicznie nawet sposobów komicznych dla zdaleka patrzących. Chorego miało się o ile można w nocy i drogami okrężnemi wprowadzać do nieznanego mu zakładu, przy łoskocie bębnów i odgłosie strzałów armatnich, przez mosty i wśród szczękających łańcuchów i przyjmować przez murzynów. Miało się go zapomocą windy umieszczać pod sklepieniem wysokiem, jak Absalona. Umieszczano go także w krześle przymusowem, puszczano krew, przykładano mu 10 do 12 pijawek do głowy, obkładano lodowato zimnemi chustami oblewając go później 50 wiadrami zimnej wody, kazano mu jeść zupę z wody, pić wodę i zażywać sól glauberską.

Zaczątki lepszego zrozumienia rozpoczęły się z użyciem kąpieli, jako środka leczniczego.

Krokiem naprzód w leczeniu psychicznie chorych było zniesienie mechanicznych środków przymusowych. Istnieje obraz przedstawiający Pinela w r. 1798, jak z pozwoleniem francuskiego sejmu narodowego odejmuje swoim pacjentom łańcuchy. W roku 1839 zniósł Conolly w Zakładzie Hanwell w Angli narzędzia przymusowe. W Niemczech dopiero Ludwig Meyer w roku 1862 zaczął się wzorować na przykładzie wymienionych poprzedników.

Długą, zaprawdę, była droga od wieży warjatów z jego dozorcami o wyglądzie siłaczów do dzisiejszego pielęgniarza opiekuna oddanego choremu z całem poświęceniem przyjaciela.

Streścił Dr. med. Dr. phil. K. WIZE.

L. HOLDERMANN: Wann beginnt der Tag. (Kiedy zaczyna się doba). Geisteskrankenpflege 1932, № 7.

W wypadkach, w których zgon chorego następuje około północy, personel pielęgniarski winien zwracać dokładną uwagę na to, czy czas zgonu przypada na dobę kończącą się, czy też na rozpoczynającą. Może to mieć znaczenie ze względu na pretensje prawne. Po dokładnem skończeniu 21 r. życia mogą powstać tytuły prawne do dziedzictwa legatu, zależnego od osiągnięcia pełnoletności. Dalej od kończenia pewnego roku życia, może być zależnem prawo otrzymania sumy, na którą denat był ubezpieczony. Dlatego ważnem jest dla personelu pielęgniarskiego pamiętać o tem, że czas 11,59 w nocy należy do doby kończącej się, podczas gdy czas 12 w nocy, rozpoczyna już dobę nową. Trzeba więc w chwili nastania zgonu zawsze spojrzeć na zegar dokładnie.

Streściła: nadpiel. A. BARTOSZAKÓWNA - Dziekanka.
